Vade Mecum

LE DOSSIER MÉDICAL

MACSF
Le Sou Médical

macsf.fr

VADE MECUM

LE DOSSIER MÉDICAL

Préambule

La loi du 4 mars 2002 a consacré un droit d'accès direct du patient à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues à quelque titre que ce soit par des professionnels et établissements de santé, dès lors qu'elles sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, à l'exception des informations recueillies auprès de tiers n'entrant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Si, ce faisant, elle ne crée pas d'obligation de tenir un dossier médical pour le praticien libéral, elle en suppose néanmoins *de facto* l'existence.

Enfin, concernant les établissements de soins publics ou privés, le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 précise les éléments devant obligatoirement figurer dans le dossier d'un patient hospitalisé.

Les recommandations de l'ANAES, puis de la HAS, concernant la tenue du dossier médical et l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne ont apporté des précisions concrètes importantes.

Après plusieurs années de balbutiements, le dossier médical personnel (DMP), instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, constitue la prochaine étape majeure de cette construction légale et réglementaire.

Aux interrogations d'ordre éthique ou moral qui n'ont pas manqué et ne manqueront pas de surgir à l'occasion de la parution de ces dispositions, se sont ajoutées des questions d'ordre pratique : qui doit conserver le dossier médical ? Quel en est le contenu ? Qui a accès au dossier ? Qu'entend-on par « notes formalisées » ? Etc.
Nous avons tenté de répondre le plus clairement possible à ces questions dans ce vade mecum rédigé par l'une de nos juristes, Stéphanie TAMBURINI.

Catherine LAMBLOT
Directeur Juridique
des Sinistres Médicaux

Nicolas GOMBAULT
Directeur du Risque Médical
et de la Protection Juridique

DÉJÀ PARUS :

- **L'obligation d'information**
- **Le certificat médical**
- **Le secret médical**
- **Les CCI (Commissions de Conciliation et d'Indemnisation)**
- **Odontologie**
- **Que faire en cas de plainte ou d'accident ?**

VADE MECUM

LE DOSSIER MÉDICAL

SOMMAIRE

QUESTION I
Pourquoi tenir un dossier médical ? p 5

QUESTION II
Par qui le dossier médical est-il conservé ? p 5

QUESTION III
Quel est le contenu du dossier médical ? p 6

QUESTION IV
Sur quel support le dossier médical est-il établi ? p 9

QUESTION V
Qui a accès au dossier médical ? p 10

QUESTION VI
Quels sont les éléments du dossier médical qui doivent être transmis ? p 13

QUESTION VII
Quelles sont les modalités de transmission du dossier médical ? p 14

QUESTION VIII
Pendant combien de temps le dossier médical doit-il être conservé ? p 17

QUESTION IX
Le DMP, mode d'emploi p 18

QUESTION X
Cas particuliers p 21

VADE MECUM

LE DOSSIER MÉDICAL

I - POURQUOI TENIR UN DOSSIER MÉDICAL ?

A. Établissements de soins

Art. R. 1112-2 du Code de la Santé Publique (CSP) : un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé.

B. Praticiens

Art. R. 4127-45 CSP : indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation, qui lui est personnelle. Cette fiche est confidentielle et comporte des éléments actualisés nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

C. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002

Elle ne crée pas d'obligation de tenir un dossier médical, mais vise l'accès direct du patient aux données médicales concernant sa santé, dans des conditions qui supposent *de facto* l'existence d'un dossier.

D. En médecine du travail

Le dossier médical en santé du travail (DMST) permet :

- d'apprécier le lien entre l'état de santé du travailleur et son poste et ses conditions de travail ;
- d'assurer la traçabilité des expositions professionnelles.

E. Dans le cadre de la permanence des soins

Art. R. 6315-3 CSP : les appels traités dans le cadre de la permanence des soins (par le SAMU ou les structures libérales effectuant une activité de régulation médicale) ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, y compris les prescriptions, sont soumis à une exigence de traçabilité selon des modalités fixées par un arrêté du 20 octobre 2011.

▸ ***En pratique***

Le dossier médical est :

- un **outil technique** permettant un suivi cohérent, de qualité et personnalisé.
  - ▸ Un blâme a été infligé par la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des Médecins PACA à un praticien pour ne pas avoir tenu de dossier médical pour ses patients dans les conditions posées par l'article R. 4127-45 CSP.
- Un **outil de gestion** du cabinet pour les praticiens libéraux.
- Un **outil d'évaluation** des soins.
- Un **outil juridique** en cas de mise en cause de la responsabilité du médecin.
  - ▸ Il témoigne de la qualité et de la fréquence du suivi du patient et facilite l'enquête expertale dans le cadre d'une procédure.
  - ▸ Il peut constituer un élément de présomption de ce que le praticien a rempli ses obligations, par exemple en matière d'information : notes au dossier, croquis présentant au patient les diverses interventions possibles, références à des entretiens avec d'autres médecins concourant au traitement du patient, copie d'une notice explicative remise au patient, etc.

II - PAR QUI LE DOSSIER MÉDICAL EST-IL CONSERVÉ ?

A. Établissements de soins

Art. R. 1112-7 CSP : les informations sont conservées dans l'établissement, sous la responsabilité d'un ou de plusieurs médecins désignés à cet effet par la CME.

▸ ***En pratique***

Lorsque l'établissement cesse ses activités, les dossiers peuvent faire l'objet d'un don à un service public d'archives, par contrat entre le directeur de l'établissement et l'autorité administrative compétente.

B. Praticiens

Art. R. 4127-45 CSP : les documents (dossier et fiche personnelle) sont conservés sous la responsabilité du médecin (ou des médecins dans les cabinets de groupe).

▸ ***En pratique***

Lorsqu'il cesse son activité, le médecin doit s'assurer du devenir des dossiers de ses patients :

- en cas de **cessation temporaire :** transmission des dossiers au remplaçant ;
- en cas de **cessation définitive :** les dossiers sont mis à disposition du successeur pour le suivi du patient ou pour transfert au médecin éventuellement choisi par le patient. À défaut de successeur, ils sont conservés par le praticien ou peuvent être directement transmis aux patients qui le demandent ;
- en cas de **décès** du médecin : les dossiers sont remis au successeur. À défaut, ils sont conservés par les ayants droit. S'ils refusent, le Conseil de l'Ordre préconise de les confier à une société d'archivage privée, les frais étant imputés sur la succession.

C. Hébergeurs

Art. L. 1111-8 CSP : les professionnels de santé ou les établissements peuvent déposer des données à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement ne peut avoir lieu qu'avec l'accord de la personne concernée par les données.

▸ ***En pratique***

Ces hébergeurs reçoivent un agrément. Les informations hébergées ne peuvent être transmises à des professionnels autres que ceux qui les ont confiées. Elles ne peuvent être utilisées à aucune autre fin. À la fin de l'hébergement les informations sont restituées sans possibilité pour l'hébergeur d'en conserver copie.

III - QUEL EST LE CONTENU DU DOSSIER MÉDICAL ?

A. Établissements de soins

Le contenu du dossier n'est légalement défini que pour les patients **admis en hospitalisation.** Les dossiers des patients reçus dans les établissements de soins en consultation ou en ambulatoire ne sont pas concernés par l'article R. 1112-2 CSP.

Art. R. 1112-2 CSP : le dossier d'un patient hospitalisé comporte au moins les éléments suivants (liste non exhaustive) :

1 - Informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier

Le dossier comporte :

- la lettre du médecin à l'origine de l'hospitalisation ;
- les motifs d'hospitalisation ;
- la recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- le type de prise en charge prévue et les prescriptions à l'entrée ;

- la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ;
- les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie.

  Quand il s'agit de résultats d'analyses, les documents remis par les laboratoires doivent être signés ;
- les informations sur la démarche médicale ;
- le dossier d'anesthésie ;
- le compte rendu opératoire ou d'accouchement.

  C'est un élément clé en matière de responsabilité. Il doit être rédigé en fin d'intervention et signé ;
- le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire.

  Il est conseillé dans tous les cas de faire figurer au dossier les fiches d'information remises au patient et signées par lui : c'est un élément de preuve en cas de mise en cause pour défaut d'information ;
- la mention des actes transfusionnels pratiqués.

  Art. R. 1112-5 CSP : le patient à qui des produits sanguins labiles ont été administrés doit en être informé par écrit. Il paraît prudent de conserver au dossier une copie de cette information ;
- les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires.

  Les prescriptions doivent être écrites, qualitatives, quantitatives, horodatées et signées ;
- le dossier de soins infirmiers, ou à défaut les informations relatives aux soins infirmiers ;
- les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- les correspondances entre professionnels de santé ;
- les directives anticipées, rédigées par toute personne majeure dans l'éventualité d'une impossibilité d'exprimer sa volonté concernant sa fin de vie (art. L. 1111-11 CSP).

2 - Informations formalisées établies à la fin du séjour

- Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à la sortie.
- Les prescriptions de sortie et les doubles des ordonnances de sortie.
- Les modalités de sortie (domicile, autres structures).
- La fiche de liaison infirmière.

3 - Informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers

Cette mention est nécessaire pour différencier les informations transmissibles au patient des informations non transmissibles.

4 - Identification du patient, et le cas échéant, de la personne de confiance

Art. R. 1112-3 CSP : tout patient majeur hospitalisé peut désigner, pendant la durée d'hospitalisation, une personne de confiance qui sera consultée au cas où lui-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information. L'identité de

cette personne de confiance doit figurer au dossier.

5 - Identification du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations

Les prescriptions médicales sont datées et signées : le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.

▸ ***En pratique***

Les initiales ne sont pas suffisantes. La qualité du signataire doit être précisée pour permettre à un autre médecin, appelé à consulter le dossier, de moduler certaines observations effectuées.

B. Dans la pratique libérale ou dans le cadre de consultations en établissements de soins

Art. R. 4127-45 CSP : la tenue d'une fiche d'observation personnelle est une obligation déontologique.
Recommandations de l'ANAES sur le dossier du patient (juin 2003) et Recommandations de la HAS sur l' « Accès aux informations concernant la santé d'une personne » (décembre 2005) : dans un souci d'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'art. R. 1112-2 CSP peut aider à la structuration des dossiers en dehors des établissements de santé.

▸ ***En pratique***

Le dossier doit comporter :

- l'identification du patient : nom actualisé, sexe, date de naissance ;
- les informations administratives : adresse actualisée, téléphone, profession ;
- l'histoire médicale actualisée et les facteurs de santé : antécédents et pathologies chroniques, allergies, facteurs de risque, événements biographiques significatifs ;
- les comptes rendus des consultations : date, plaintes exprimées par le patient, résultats de l'examen clinique, prescriptions, recours aux spécialistes.

Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne et Recommandations de bonnes pratiques de la HAS de décembre 2005 sur l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

▸ ***En pratique***

Il est recommandé de faire figurer au dossier :

- le refus de la personne d'une transmission d'informations concernant sa santé à d'autres professionnels de santé ;
- le refus éventuel que les proches soient informés ;
- le refus de communiquer certaines informations aux ayants droit en cas de décès ;
- le refus de la part d'un mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale ;
- l'identité de la personne de confiance.

C. En médecine du travail

Recommandations de la HAS sur le dossier médical en santé au travail (janvier 2009)

▸ ***En pratique***

Le DMST comprend :

- des informations socio-administratives transmises par l'entreprise, permettant d'identifier un salarié sans erreur ;
- des informations concernant l'emploi et les activités professionnelles, permettant d'identifier les expositions professionnelles actuelles et antérieures (secteur d'activité, professions exercées, périodes d'occupation du poste, etc.) ;

- des informations concernant la santé des travailleurs (antécédents médicaux personnels présentant un intérêt pour l'évaluation du lien état de santé/poste de travail ou pour le suivi des expositions professionnelles, données sur les traitements en cours, sur le statut vaccinal, etc.).

Par ailleurs, la HAS a édicté des recommandations plus précises pour un certain nombre de professionnels de santé, consultables sur son site : www.has-sante.fr.

IV - SUR QUEL SUPPORT LE DOSSIER MÉDICAL EST-IL ÉTABLI ?

Art. R. 4127-73 CSP : le médecin doit protéger contre toute indiscrétion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents.

▸ ***En pratique***

Tout support doit être compatible avec l'exigence de secret professionnel.

A. Support informatique

Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 : tout fichier informatisé doit faire l'objet d'une déclaration préalable à la CNIL.
Le support électronique a une valeur juridique identique au support papier. La signature électronique est légalisée.

▸ ***En pratique***

L'écrit sur support informatique a la même valeur probante que l'écrit sur papier. Il est donc inutile d'imprimer les données pour constituer un dossier papier « parallèle ».

Décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 : le matériel ou logiciel utilisé doit être sécurisé et certifié, soit par la Direction centrale de sécurité des Systèmes d'information, soit par un organisme désigné à cet effet par un État membre de l'Union Européenne, qui doit délivrer un certificat électronique qualifié.

▸ ***En pratique***

Pour préserver le secret professionnel, les logiciels devront assurer la confidentialité des données, rendre impossible toute duplication ou falsification, et empêcher toute utilisation par des tiers (art. R. 4127-73 CSP pour les médecins ; art. L. 1112-1 CSP pour les établissements).
Le choix de l'équipement informatique doit être guidé par le respect des obligations légales : le support choisi doit être adapté aux exigences de conservation dans le temps des éléments du dossier médical.
Il est nécessaire de sauvegarder régulièrement les données pour en éviter la perte ou la destruction accidentelle.
Le dossier devra être actualisé aussi souvent que nécessaire (ex. : adresse du patient, situation familiale, etc.)

Art. L. 1110-4 alinéa 4 CSP : afin de garantir la confidentialité des informations médicales, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat, après avis public et motivé de la CNIL.

▸ ***En pratique***

Le décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 énonce qu'en cas d'accès par des professionnels de santé aux informations médicales à caractère personnel conservées sur support informatique ou de transmission par voie électronique, l'utilisation de la carte « professionnel de santé » (CPS) est obligatoire (art. R. 1110-1 CSP).

LE DOSSIER MÉDICAL

Art. R. 1110-1 CSP : la conservation sur support informatique des informations médicales est soumise au respect des référentiels définis par arrêtés du ministre chargé de la Santé, après avis de la CNIL.

▸ ***En pratique***

Le décret énumère, de façon non exhaustive, les fonctions et niveaux de sécurité nécessaires.

B. Support papier

Art. R. 4127-71 CSP : le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable et de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel.

▸ ***En pratique***

Les dossiers doivent être conservés dans un lieu et dans des fichiers fermant à clé.
Un dossier manuscrit doit être rédigé lisiblement, afin de faciliter la consultation par d'autres professionnels : associé, remplaçant, successeur.
Les documents « sources » ne seront conservés que s'ils contiennent des informations potentiellement utiles ou ont une valeur médico-légale.

C. Dossier médical sur Internet ou e-dossier

Il existe divers projets de dossiers médicaux en ligne dans le cadre de réseaux de soins (outre le DMP : voir **question IX**), permettant une consultation à tout moment et en tous lieux.
Le risque principal est une rupture du secret professionnel avec ses conséquences civiles, pénales et déontologiques.

▸ ***En pratique***

Il est indispensable :

- que les données soient cryptées ;
- qu'il y ait des codes d'accès sécurisés avec utilisation de la carte professionnelle ;
- que les informations transitent sur un réseau de type Intranet ;
- que le patient donne son consentement exprès à la création du e-dossier.

V - QUI A ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL ?

Art. L. 1111-7 CSP : toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels (…). Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne.

Ont accès au dossier :

A. Le patient

La demande n'a pas à être motivée.

B. Ses ayants droit en cas de décès

Arrêté du 3 janvier 2007 modifiant l'arrêté du 5 mars 2004 : ont la qualité d'ayant droit, dans tous les cas, les successeurs légaux du défunt, conformément au code civil, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

▸ ***En pratique***

Il faudra vérifier l'identité et la qualité du demandeur, et demander la production d'un justificatif d'identité.
La notion d'ayant droit est distincte de celle de « famille » ou de « proche », comme l'a rappelé la CADA dans un avis du 12 janvier 2012 : en l'espèce, la communication du dossier a été refusée aux parents d'une personne décédée, car ceux-ci n'apportaient pas la preuve d'absence d'enfant du défunt ou de leur qualité de légataire du défunt.

Art. L. 1110-4 CSP : la demande ne peut être présentée que pour un des trois motifs suivants :

- connaître les causes de la mort ;

- défendre la mémoire du défunt ;
- faire valoir les droits de l'ayant droit.

▸ ***En pratique***

Le demandeur doit justifier que ses motifs sont un de ceux visés par la loi. L'arrêté du 5 mars 2004 et les recommandations de la HAS de 2005 conseillent de proposer un formulaire reprenant les trois motifs. Seuls les éléments nécessaires à la réalisation d'un des trois objectifs sont accessibles à l'ayant droit (arrêt du Conseil d'Etat du 26 septembre 2005 et arrêté du 3 janvier 2007).

Art. L. 1110-4 CSP : la communication du dossier est impossible si le défunt s'y était opposé de son vivant.

▸ ***En pratique***

Le médecin ne saura pas toujours si cette opposition a été exprimée. Si elle a été exprimée directement auprès de lui par le patient de son vivant, il est indispensable qu'il le consigne dans le dossier.

Art. R. 1111-7 CSP : l'éventuel refus opposé à la demande de l'ayant droit doit être motivé.

▸ ***En pratique***

Ce refus ne fait pas obstacle à la délivrance d'un certificat médical, dès lors qu'il ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical.

C. Le ou les titulaire(s) de l'autorité parentale pour les mineurs

Arrêté du 5 mars 2004 : le titulaire de l'autorité parentale doit justifier de son identité.

▸ ***En pratique***

Il est nécessaire de solliciter des pièces justificatives. Si le parent ne peut fournir aucune pièce, le médecin doit refuser la demande, ou suggérer avec son accord de prendre contact avec l'autre parent pour être éclairé sur l'exercice de l'autorité parentale.

Art. R. 1111-6 CSP : le mineur qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont il a fait l'objet sans le consentement de ses représentants légaux peut s'opposer à ce que les informations constituées à ce sujet soient transmises au titulaire de l'autorité parentale.

▸ ***En pratique***

Le médecin doit tenter de convaincre le mineur de laisser ses représentants légaux accéder aux informations le concernant. S'il échoue, il ne peut passer outre le refus du mineur, et une mention écrite spéciale doit alors être portée sur le dossier du mineur par le médecin.
La loi n'opérant aucune distinction en fonction de l'âge du mineur, le praticien devra s'adapter à ses facultés de discernement.

Art. R. 1111-6 CSP : le mineur peut demander que l'accès du titulaire de l'autorité parentale ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin.
L'accès direct à son dossier par le patient mineur n'est pas prévu par la loi.

▸ ***En pratique***

Ce médecin intermédiaire est désigné par les titulaires de l'autorité parentale.
Selon l'arrêté du 5 mars 2004, il est nécessaire de demander préalablement la position du mineur sur la désignation de ce médecin intermédiaire lorsque :

- les parents ne sont jamais intervenus lors des soins ;

ou

- l'âge, le contexte familial ou la pathologie présentée paraissent le justifier ;

ou

- le mineur bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et de la couverture complémentaire.

L'arrêté du 5 mars 2004 prévoit également que si la demande de communication du dossier émane d'un mineur, il peut être utile de reprendre avec lui les éléments de son dossier et leurs incidences sur sa vie d'adulte.

D. Le représentant légal pour les majeurs sous tutelle

La loi ne précise pas de modalités d'accès spécifiques pour ces patients.

▸ ***En pratique***

La transmission doit être adaptée, le cas échéant, aux possibilités ou difficultés de compréhension du patient.

E. Le médecin désigné comme intermédiaire par le patient

Art. R. 4127-46 CSP : lorsqu'un patient demande à avoir accès à son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin, celui-ci remplit cette mission en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuse en cas de conflit d'intérêts.

F. Les médecins membres de l'Inspection générale des Affaires sociales, les médecins inspecteurs de la Santé publique et les médecins conseil des organismes d'assurance maladie

Art. L. 1112-1 alinéa 4 CSP : l'accès est possible, à condition que les informations leur soient nécessaires dans l'exercice de leur mission.

▸ ***En pratique***

Ce droit d'accès n'est pas reconnu aux médecins conseils d'organismes mutualistes : c'est à l'assuré de communiquer les informations à sa mutuelle.

Les médecins conseils d'assurances privées ne peuvent avoir accès au dossier qu'avec l'accord du patient et par son intermédiaire.

G. Le médecin qui a prescrit l'hospitalisation

Art. R. 1112-4 CSP : la communication du dossier est subordonnée à l'accord du patient, qui doit être sollicité et noté dans le dossier médical.

H. Le médecin traitant désigné pour assurer la continuité des soins

Art. R. 1112-6 CSP : les établissements publics et privés participant au service public hospitalier sont tenus d'informer le médecin traitant de la date et de l'heure de l'admission de son patient et du service concerné.

▸ ***En pratique***

Sur demande écrite, ce médecin peut obtenir, en cours d'hospitalisation, les informations relatives à l'état de son patient. Il doit être nommément désigné par le patient, dont l'accord doit être recueilli.

I. Un médecin expert désigné par une autorité judiciaire

Dans le cadre d'une **procédure civile,** les parties remettent à l'expert les pièces médicales nécessaires. À défaut, l'expert peut solliciter l'intervention du juge chargé du contrôle des expertises, afin qu'il impose la communication des pièces utiles. L'accord du patient est nécessaire.
Dans le cadre d'une **procédure pénale,** le dossier peut être remis à l'expert par voie de perquisition (voir **question X**).

J. En médecine du travail

Le DMST peut être consulté :

- par le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO) ;
- par un autre médecin du travail pour assurer la continuité de la prise en charge,

sauf refus du travailleur, dûment informé au préalable ;

- par tout médecin désigné par le travailleur.

VI - QUELS SONT LES ÉLÉMENTS DU DOSSIER QUI DOIVENT ÊTRE TRANSMIS ?

Art. L. 1111-7 CSP : toute personne a accès :

A. Ensemble des informations concernant sa santé, détenues à quelque titre que ce soit par des professionnels et établissements de santé

▸ ***En pratique***

Le demandeur devra s'adresser successivement à tous les professionnels qui l'ont pris en charge pour avoir une vision globale des informations concernant sa santé, puisque chaque professionnel détient un dossier distinct. La solution à ce problème réside certainement dans la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) (voir **question IV**).

Dans sa version initiale, l'article L. 1111-7 CSP visait « *les informations détenues par les professionnels de santé* » et faisait référence aux informations « *qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention* ».
La mention « *à quelque titre que ce soit* », introduite dans l'article L. 1111-7 CSP par la loi n°2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, fait que les pièces médicales visées par le droit d'accès direct du patient ont désormais une portée plus large et ne se limitent pas aux seules pièces détenues au titre du suivi médical.

B. Informations formalisées…

L'arrêté du 5 juin 2004 donne une définition des informations formalisées : informations auxquelles est donné un support (écrit, photographie, enregistrement, etc.) avec l'intention de les conserver, et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles.

▸ ***En pratique***

Les notes des professionnels de santé ne sont pas expressément visées par la loi du 4 mars 2002. Il s'agit des réflexions du médecin, hypothèses de travail, remarques subjectives sur le patient, son environnement familial ou professionnel, etc.
Le décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale a ajouté un paragraphe à l'article R. 4127-45 CSP : les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers.

C. …ou qui ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé…

Les correspondances de liaison entre médecins sont visées.

D. … à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique, ou concernant un tel tiers

Informations **recueillies auprès de tiers** : l'employeur, un membre de la famille, etc. Le professionnel devra mentionner dans le dossier que telle information provient d'un tiers, afin de la rendre non communicable.

Informations **concernant des tiers** : par exemple, si un enfant devenu majeur souhaite consulter son dossier, les données médicales relatives à sa mère dans le dossier d'accouchement ne pourront lui être communiquées.

LE DOSSIER MÉDICAL

La Chambre disciplinaire du Conseil de l'Ordre des médecins, dans une décision du 28 avril 2010, rappelle que si rien n'interdit à un médecin de faire figurer dans le dossier médical d'un patient des informations concernant des tiers, extérieurs à la relation de soins, il doit veiller à ne pas les mentionner dans une pièce du dossier susceptible d'être communiquée au patient.

Cela pourra poser des problèmes, notamment en matière psychiatrique où les antécédents familiaux et les informations données par l'entourage jouent un rôle important.

La transmission ne porte donc pas sur l'intégralité des pièces du dossier.

▸ ***En pratique***

Lorsque le dossier n'aura pas été constitué en plusieurs parties dès le départ, le médecin devra faire le tri entre les informations communicables et les autres : difficultés en cas de dossier informatique dont les données ne peuvent pas toujours être fractionnées.

La loi ne prévoit pas de sanction en cas de refus de transmission du dossier médical par le professionnel de santé. Cependant les magistrats ont été amenés à juger que la non communication est constitutive d'un préjudice moral indemnisable (Cour administrative d'appel Lyon 23/03/2010).

▸ ***En pratique***

La portée de l'accès direct au dossier est limitée. Mais le patient pourra toujours introduire une action en référé pour obtenir communication de son dossier, ou saisir la Commission d'accès aux documents administratifs s'il a été soigné en établissement public.

VII - QUELLES SONT LES MODALITÉS DE TRANSMISSION DU DOSSIER MÉDICAL ?

A. Information sur l'accès au dossier

Arrêté du 5 mars 2004 : il est recommandé que soit disponible et facilement accessible une information relative à la réglementation et aux aspects pratiques de l'accès au dossier.

▸ ***En pratique***

Un livret d'accueil est disponible dans les établissements, et des affiches peuvent être apposées dans les cabinets privés.
La personne doit exercer son droit d'accès au dossier avec la pleine conscience du caractère strictement personnel des informations qu'elle va détenir. Il faut l'informer des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers exclus du droit à réclamer ces informations aux professionnels.

B. Destinataire de la demande

Art. R. 1111-1 CSP : la demande est adressée au professionnel de santé ou à l'hébergeur et, dans le cas d'un établissement de santé, au responsable de cet établissement ou à la personne qu'il a désignée à cet effet.

▸ ***En pratique***

L'identité du demandeur doit être vérifiée par celui qui reçoit la demande.
La loi n'impose aucune forme particulière pour la demande : elle peut être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, par lettre simple, par courriel ou par oral.

C. Délais de transmission

Art. L. 1111-7 CSP et art. R. 1111-1 CSP : la communication intervient au plus tard dans les huit jours suivant la demande,

et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans, ou lorsque la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

▸ ***En pratique***

Demande orale

Selon l'arrêté du 5 mars 2004, la plupart des demandes peuvent se faire oralement, dans le cadre de la relation de soins : ce processus doit être encouragé.

▸ Il est nécessaire de noter la demande au dossier pour en conserver une trace et constituer le point de départ du délai.

Demande écrite

Il faut conserver la preuve de la date de la demande (enveloppe sur laquelle figure le cachet de la Poste). Il faut également noter la date de réception du courrier.

D. Mode de transmission

Art. R. 1111- 2 CSP : le demandeur obtient, à son choix, communication des informations demandées : soit par consultation sur place, soit par l'envoi de photocopies à son domicile. Le coût des photocopies est à sa charge.
Dans les établissements, si les dispositifs techniques le permettent, le patient peut consulter par voie électronique tout ou partie des informations.
Si la demande ne précise pas le choix du demandeur, le professionnel doit l'informer des différentes modalités de communication et lui indiquer celles qui seront utilisées en cas de silence de sa part pendant un délai de huit jours. L'arrêté du 5 mars 2004 recommande alors de proposer un formulaire type.
Le professionnel doit également informer la personne des coûts liés à la reproduction et à l'envoi des documents, ainsi que de l'impossibilité éventuelle de reproduction de certaines pièces du dossier, par exemple des radiographies.

▸ ***En pratique***

Consultation sur place

Un rendez-vous doit être proposé au patient, avec un accueil personnalisé dans le cadre d'un entretien médical. Le temps passé sur place pour consultation ne peut être facturé par le praticien : seuls les coûts de reproduction peuvent l'être.
Dans les établissements, il faudra prévoir une pièce isolée pour la consultation sur place des dossiers.
Le dossier original doit toujours rester sur site.

Envoi postal

L'arrêté du 5 mars 2004 recommande un envoi en recommandé avec avis de réception, pour garantir la confidentialité, accompagné d'un bordereau avec la liste des pièces envoyées.
Pour les personnes ayant des difficultés de communication, la transmission d'informations devra être adaptée de façon spécifique aux facultés de compréhension du patient.

E. Consultation en présence d'un tiers

Art. L. 1111-7 CSP : la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée.

▸ ***En pratique***

Du fait de l'accès direct, les informations sont communiquées de façon brute : elles ne font plus l'objet d'explications, comme

c'était le cas lorsqu'elles étaient communiquées par l'intermédiaire d'un médecin. Dans certains cas, le médecin devra expliquer au patient pourquoi il serait souhaitable d'accepter la présence d'une tierce personne.
Si le patient accepte l'accompagnement, le praticien devra lui rappeler que cette présence suppose une connaissance par un tiers d'informations strictement personnelles. Il devra également rappeler à l'accompagnant qu'il est pénalement tenu de respecter la confidentialité des informations.

Art. L. 1111-7 CSP : le refus d'un accompagnement ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

▸ ***En pratique***

Antérieurement à la loi, le médecin faisait un tri dans les informations à communiquer et avait la faculté de laisser le patient dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves (art. 35 du code de déontologie). Aujourd'hui, le patient a directement accès à l'ensemble des informations communicables de son dossier, sans distinction. S'il refuse l'accompagnement prévu à l'article L. 1111-7 CSP, il risquera de prendre connaissance des diagnostics ou pronostics graves de façon brutale. L'arrêté du 5 mars 2004 recommande qu'un courrier d'accompagnement informe le patient des difficultés possibles d'interprétation des informations ainsi que, le cas échéant, des conséquences que peut avoir sur la personne la révélation de certaines informations.

Art. L. 1111-7 CSP : à titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie.

▸ ***En pratique***

L'avis de la Commission s'impose à tous. Mais il s'agit d'une procédure exceptionnelle : l'accès indirect ne doit pas être une pratique systématique en psychiatrie sous le prétexte qu'il y a hospitalisation sous contrainte.
Si le patient désigne un médecin intermédiaire alors que la Commission n'a pas encore rendu son avis, les informations doivent immédiatement être transmises à ce médecin.
Si la Commission impose la présence d'un médecin intermédiaire, c'est le patient qui le choisit.

Puisque le patient bénéficie d'un accès direct, il faudra veiller (particulièrement en matière psychiatrique) à utiliser des termes compréhensibles par un non médecin et éviter si possible les termes pouvant être mal interprétés.

F. Suivi de la consultation

Après consultation du dossier, un suivi de la personne doit être organisé si nécessaire.

▸ ***En pratique***

Ce suivi pourra être réalisé par le médecin qui a pris en charge la personne, ou un membre de l'entourage du patient, mais aussi, à défaut, par toute personne n'ayant pas de conflit d'intérêts vis-à-vis des informations concernant sa santé (personne issue du milieu associatif, assistante sociale, médecin autre que le détenteur des informations, etc.).

En cas d'envoi des informations par courrier, le praticien devra joindre un courrier d'accompagnement et suggérer une consultation médicale en cas de besoin.

VIII - PENDANT COMBIEN DE TEMPS LE DOSSIER MÉDICAL DOIT-IL ÊTRE CONSERVÉ ?

A. Établissements de soins

Art. R. 1112-7 CSP : le dossier médical est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. Lorsqu'en application de ces dispositions, la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date.

▸ ***En pratique***

Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès. Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement.

B. Praticiens libéraux

Aucun texte ne fixe la durée de conservation des dossiers.

▸ ***En pratique***

Il est d'usage de conserver les dossiers pendant la durée correspondant à la prescription des actions en responsabilité : cette prescription est désormais de dix ans à compter de la consolidation du dommage (art. L. 1142-28 CSP), notion imprécise puisqu'il ne s'agit pas de la réalisation du dommage. Il sera prudent de conserver le dossier beaucoup plus longtemps : une conservation pendant trente ans, voire quarante-huit ans lorsqu'il s'agit d'un patient mineur, paraît raisonnable.

CAS PARTICULIER DES RADIOGRAPHIES

Ces délais de conservation ne posent pas de problème particulier pour les clichés numériques.

Mais un cliché radiographique sur support argentique ne conserve toute sa valeur que pendant une durée limitée d'environ dix ans. Ensuite, sa qualité se détériore et il risque de ne plus être interprétable.

Il faut toutefois le conserver au dossier : en cas de procédure judiciaire, aucun reproche ne pourra être fait sur l'illisibilité des clichés. En revanche, le fait de détruire une radiographie, même devenue inexploitable, sera interprété avec suspicion, car un cliché même de mauvaise qualité peut constituer un commencement de preuve.

C. Médecine du travail

Il n'existe pas en santé au travail de règle générale concernant la durée de conservation des dossiers médicaux. Mais il existe des règles spécifiques en fonction de certains risques auxquels le travailleur est exposé.

▸ ***En pratique***

Le point de départ des durées de conservation se situe à la date de fin de l'exposition au risque :

- 10-40 ans pour les agents biologiques pathogènes ;

- 50 ans pour les agents chimiques dangereux et agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction ;
- 20 ans pour le milieu hyperbare ;
- 50 ans pour les rayonnements ionisants.

De même, devront être conservés plus longtemps les dossiers concernant un salarié pour lequel les décisions du médecin du travail peuvent avoir une suite juridique.

Ex. : décision d'inaptitude.

D. Dans le cadre de la permanence des soins

Arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire : la durée de conservation des enregistrements sonores est limitée à 5 ans (délai plus court que les délais de conservation en milieu hospitalier, la CNIL ayant rappelé dans un avis que la durée de conservation doit être en rapport avec l'utilité de l'enregistrement).

IX - LE DMP, MODE D'EMPLOI

A. Objectifs

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : création du dossier médical personnel (DMP) destiné à contribuer à l'amélioration de la coordination, de la continuité et la qualité des soins.

▸ ***En pratique***

Le DMP doit garantir une bonne circulation de l'information entre professionnels de santé participant à la prise en charge du patient, en ville comme à l'hôpital, et en temps réel. L'ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagés de santé) a été créée pour mettre en œuvre les conditions favorables au déploiement des systèmes d'information partagés dans un cadre national.

B. Création du DMP

La création du DMP est une faculté pour le patient, et non une obligation.

▸ ***En pratique***

Il n'existe pas de fichier recensant les personnes qui ont refusé la création d'un DMP. Le refus de créer un DMP est sans conséquence sur le remboursement des prestations par l'assurance maladie et la mise en œuvre du tiers payant.
Le patient peut apposer un autocollant DMP sur sa carte Vitale®, signalant aux professionnels de santé qu'il dispose d'un DMP qui peut être alimenté.

Le patient doit être informé sur les modalités et les implications de la création de son DMP.

▸ ***En pratique***

Le ministère de la Santé a édité une brochure d'information à cet effet.
Une copie papier du document électronique par lequel le professionnel de santé atteste avoir procédé à l'information du patient et recueilli son consentement exprès est systématiquement remise au patient.

C. Support du DMP

Le DMP est créé à partir d'un identifiant unique, distinct du numéro de sécurité sociale et qui est calculé automatiquement à partir des données d'identification de la carte Vitale®.
Il ne se substitue pas au dossier patient traditionnel, mais s'y ajoute.

▸ ***En pratique***

Afin d'éviter une double saisie, le DMP peut être intégré dans le logiciel du professionnel de santé. Le professionnel entre l'identifiant de santé dans son logiciel, par lecture de la carte Vitale®.

Le logiciel doit avoir été rendu compatible par une mise à jour de l'éditeur. Si cette mise à jour n'est pas possible ou n'a pas encore eu lieu, le professionnel de santé peut utiliser le DMP grâce à son navigateur Internet et son lecteur de carte de professionnel de santé, via le site **www.dmp.gouv.fr.**

D. Accès au DMP

Le patient choisit, au fur et à mesure de sa prise en charge, à quel professionnel de santé il donne les droits d'accès à son DMP.

▸ ***En pratique***

L'autorisation accordée par le patient à un établissement de santé s'étend à l'ensemble des professionnels de santé appartenant à l'équipe de soins qui le prend en charge. Le patient peut bloquer l'accès du DMP à un professionnel de santé nommément désigné en inscrivant ce blocage dans le DMP.

Seuls les professionnels de santé qui participent à la prise en charge du patient peuvent accéder à son DMP.

▸ ***En pratique***

L'accès au DMP est donc interdit aux médecins du travail et aux médecins des assurances et des mutuelles, ainsi qu'aux employeurs. Tout accès non autorisé est passible d'une peine d'emprisonnement et d'une amende.

Les informations enregistrées dans le DMP sont couvertes par le secret professionnel.

▸ ***En pratique***

Le praticien ne peut accéder au DMP que moyennant l'utilisation de sa carte de professionnel de santé (ou la carte CPE individuelle ou le certificat de personne morale dans les établissements de soins), et l'autorisation du patient.

Une trace de chaque accès et consultation au DMP est conservée.
En conformité avec les recommandations de la CNIL, un « chiffrement » des données de santé et des communications est effectué.
Chaque professionnel de santé n'accède qu'aux informations qui lui sont nécessaires en fonction d'une matrice d'utilisation (par exemple, un pharmacien ne pourra accéder aux comptes rendus de consultation).
Une fois qu'il est autorisé, le professionnel de santé peut ajouter des documents utiles en l'absence du patient.

Si le patient est pris en charge en urgence, le professionnel de santé peut accéder directement au DMP sans avoir à obtenir son autorisation.

▸ ***En pratique***

Le médecin régulateur du centre 15 peut accéder directement au DMP.
Une fonction dite de « bris de glace » permet un accès au DMP lorsqu'il existe un risque immédiat pour la santé du patient.
Le patient doit toutefois ne pas s'y être opposé lors de la création du DMP, et ne pas avoir bloqué le professionnel de santé qui souhaite y accéder en urgence.

E. Contenu du DMP

Le DMP permet le regroupement et le partage entre les professionnels et établissements de santé des informations jugées utiles à la coordination des soins.
Il comporte plusieurs « espaces » :

- synthèse et données médicales générales ;
- traitements et soins ;
- comptes rendus ;
- imagerie médicale ;
- analyses de laboratoire ;
- données de prévention ;
- certificats ou déclarations.

▸ ***En pratique***

Toutes les données ne doivent pas nécessairement être reportées dans le DMP. Le professionnel doit sélectionner celles qui sont utiles à la coordination des soins.
Le DMP ne se substitue donc pas au dossier professionnel des praticiens ou des établissements, mais il s'y ajoute.
À long terme, le DMP comprendra les données issues du dossier pharmaceutique.

Le DMP est le dossier du patient, qui dispose d'un accès direct sur son ordinateur personnel via Internet. Le patient maîtrise le contenu de son DMP.

▸ ***En pratique***

Le patient dispose d'un espace dans lequel il peut ajouter des documents, informations ou volontés qu'il souhaite faire connaître (ex. : identité de la personne de confiance, volontés quant au don d'organes, etc.).
Il peut s'opposer à ce que certaines données y soient notées, et il peut également masquer celles qui y figurent déjà. Ce masquage peut être, soit réalisé par le patient lui-même, par accès direct à son DMP, soit par l'intermédiaire d'un professionnel de santé. Le patient ne peut masquer des informations à celui qui en est l'auteur, ni à son médecin traitant. Le masquage n'est pas signalé dans le DMP.
Le patient est informé par courrier électronique à chaque fois qu'un nouveau document est ajouté dans son DMP, et il peut consulter l'historique des actions effectuées au sein de son DMP (qui a consulté ? quand ? pour quoi faire ?).

Dès lors qu'il dispose des droits d'accès au DMP, le professionnel de santé peut déposer des documents utiles en l'absence du patient.

▸ ***En pratique***

Lorsque les documents déposés sont « sensibles », ils ne sont visibles que pour les autres professionnels de santé autorisés, mais pas pour le patient, qui ne peut les consulter qu'une fois qu'il a été informé de leur contenu lors d'un entretien avec le professionnel de santé qui le suit.

F. Conservation et archivage du DMP

Les données contenues dans le DMP sont stockées informatiquement chez un hébergeur (ATOS-La Poste), sous la responsabilité de l'ASIP Santé, qui n'a pas accès aux contenus.

▸ ***En pratique***

Aucune donnée ne peut être détruite sans une demande du patient auprès du médecin de l'hébergeur.

Le patient peut demander à tout moment une copie de son DMP.

▸ ***En pratique***

Cette copie, sur papier ou sur CD-Rom, doit lui être adressée gratuitement dans un délai de huit jours.

G. Clôture du DMP

Le patient peut fermer son DMP à tout moment, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel de santé à l'aide de son logiciel.

▸ ***En pratique***

Le DMP est archivé pendant dix ans, puis définitivement détruit. Il peut être réactivé pendant cette période de dix ans à la demande du patient.
Le patient peut également demander une destruction sans délai, par courrier recommandé, via un formulaire contenu dans la brochure d'information.

▸ ***En pratique***

Cette destruction est irréversible, le DMP ne pouvant plus être réactivé. Seule la trace de la destruction est conservée.

X - CAS PARTICULIERS

A. Saisie du dossier médical

Le juge d'instruction, dans le cadre d'une procédure pénale, peut ordonner la saisie du dossier. Le plus souvent, il délègue un officier de police judiciaire (OPJ) ou de gendarmerie, sur commission rogatoire.

▸ ***En pratique***

Le médecin ou le directeur de l'établissement ne peut s'opposer à la saisie et ne doit pas faire entrave à la justice.

Art. 56-3 du Code de Procédure Pénale (CPP) : les perquisitions dans le cabinet d'un médecin sont effectuées par un magistrat, en présence d'un conseiller de l'Ordre ou d'un représentant de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé.

▸ ***En pratique***

Le rôle du représentant du Conseil de l'Ordre est d'aider le magistrat ou l'OPJ effectuant la saisie à déterminer quels éléments sont indispensables au médecin expert, selon la mission qui lui est confiée, et quels sont les éléments qui peuvent être saisis.
La saisie est considérée comme régulière s'il n'émet aucune protestation.

Art. 96 CPP : si la perquisition a lieu dans un domicile autre que celui de la personne mise en examen, la personne chez laquelle elle doit s'effectuer est invitée à y assister.

▸ ***En pratique***

Si la saisie a lieu à l'hôpital, la présence du chef de service est nécessaire.

Art. 97 CPP : tous les objets et documents placés sous main de justice sont immédiatement inventoriés et placés sous scellés.
Lorsque les scellés sont fermés, ils ne peuvent être ouverts et les documents dépouillés qu'en présence de la personne mise en examen, assistée de son avocat.

▸ ***En pratique***

Les documents médicaux ne sont jamais directement versés aux débats. Ils ne sont accessibles qu'aux experts. Seules les conclusions du rapport d'expertise sont accessibles aux parties et à leur avocat.

Si les nécessités de l'instruction ne s'y opposent pas, copie ou photocopie des documents placés sous main de justice peut être délivrée à leurs frais, dans les plus brefs délais, aux intéressés qui en font la demande.

▸ ***En pratique***

La réalisation de photocopies est nécessaire pour deux raisons :

- la défense pénale du médecin, impossible sans les éléments médicaux du dossier ;
- la continuité des soins : le patient dont le dossier est saisi peut toujours être en soins ou hospitalisé. En outre, les documents saisis ne sont pas toujours restitués.

B. Perte du dossier médical

Elle peut poser des difficultés au patient pour établir la faute du professionnel de santé en cas d'action en responsabilité.

▸ ***En pratique***

Cour d'appel de Toulouse, 17 avril 2001 : la perte du dossier médical par le professionnel de santé a pour effet de faire perdre au patient une chance de gagner

son procès : l'établissement a été condamné à indemniser le patient de 80 % de son préjudice.
Le pourcentage de perte de chance retenu est fonction du degré d'importance des pièces perdues.
TGI de Marseille, 7 avril 2011 : en perdant le dossier patient, le praticien a manqué aux obligations imposées par l'article R. 4127-45 CSP. Cette faute est en relation causale avec le préjudice subi par la patiente, dès lors que celle-ci a été privée d'une chance d'établir de façon certaine la responsabilité du médecin.

La perte du dossier peut aussi nuire au professionnel de santé, qui aura des difficultés pour se défendre dans l'hypothèse d'une mise en cause de sa responsabilité.

▸ ***En pratique***

Ex. : preuve de l'information, chronologie des soins, etc.

De son vivant, un patient peut exiger la destruction de son dossier médical.

▸ ***En pratique***

Le professionnel de santé doit établir un P.V. de destruction, notamment pour se prémunir contre d'éventuelles accusations de destruction par les ayants droit du patient après son décès.
Il doit également informer précisément le patient des conséquences de la destruction du dossier, et notamment des difficultés prévisibles pour lui en cas de procès.

Art. R. 1112-7 CSP : dans les établissements de santé, le dossier médical peut être éliminé à l'issue du délai de conservation mentionné à la question VIII - A.

▸ ***En pratique***

La décision d'élimination est prise par le directeur de l'établissement, après avis du médecin responsable de l'information médicale. Dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier, cette élimination est en outre subordonnée au visa de l'administration des archives.

Vous souhaitez des précisions complémentaires sur ce document ou une information concernant votre responsabilité professionnelle ? Notre équipe de juristes et de médecins répondra à votre demande adressée à :

MACSF - Le Sou Médical
Direction du Risque Médical
10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 80 500, 92919 LA DEFENSE Cedex

ou par courriel :
documentation-juridique-drmpj@macsf.fr

MACSF
10 cours du Triangle de l'Arche
92919 LA DÉFENSE CEDEX

macsf.fr

01 17 115 F - 11/2012 - Imp. MACSF